

特定疾患医療費証明書

請求の理由 (どちらかに○)			1 承認期間中に保険のみで支払いをしたため。 2 自己負担限度額が変更されたため。								処方箋発行医療機関名			
診療年月	診療科名	区分	レセプトの 総日数	左記のうち 有効期間内 の日数	レセプト 総保険点数	左記のうち 承認期間内かつ 対象疾患に係る保険 点数	適用区分 (オンライン 資格確認・ 限度額適用 証で確認)	総食事数	左記のうち 承認期間内 の食事数	承認期間内の 食事療養費 負担限度額	自己負担割合	多 数 回 該 当	行政記載欄	
年 月	0 医科 1 歯科	1 入院 2 外来 3 調剤	日	日	点	点		食	食	円	一般 (2 割 ・ 3 割) 高齢受給者 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割) 後期高齢 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)	0 有 1 無	円	
年 月	0 医科 1 歯科	1 入院 2 外来 3 調剤	日	日	点	点		食	食	円	一般 (2 割 ・ 3 割) 高齢受給者 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割) 後期高齢 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)	0 有 1 無	円	
年 月	0 医科 1 歯科	1 入院 2 外来 3 調剤	日	日	点	点		食	食	円	一般 (2 割 ・ 3 割) 高齢受給者 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割) 後期高齢 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)	0 有 1 無	円	
年 月	0 医科 1 歯科	1 入院 2 外来 3 調剤	日	日	点	点		食	食	円	一般 (2 割 ・ 3 割) 高齢受給者 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割) 後期高齢 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)	0 有 1 無	円	
年 月	0 医科 1 歯科	1 入院 2 外来 3 調剤	日	日	点	点		食	食	円	一般 (2 割 ・ 3 割) 高齢受給者 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割) 後期高齢 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)	0 有 1 無	円	
年 月	0 医科 1 歯科	1 入院 2 外来 3 調剤	日	日	点	点		食	食	円	一般 (2 割 ・ 3 割) 高齢受給者 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割) 後期高齢 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)	0 有 1 無	円	

上記のとおり証明します

年 月 日

〒

医療機関コード

所在地

医療機関名

調剤薬局

代表者 職・氏名

電話番号 () - 証明担当者名

<医療機関・調剤薬局の方へ>

- 1 特定疾患医療費証明書は、対象疾患と承認期間を確認の上、**医療機関・調剤薬局の方が黒枠内を記入してください。**
- 2 **調剤費の証明の場合は、「処方箋発行医療機関名欄」を記入してください。**
- 3 「承認期間内かつ対象疾患に係る保険点数」は、受給者票に記載されている**承認期間内における対象疾患に係る治療・調剤の保険点数を抽出してください。**
- 4 「承認期間内の食事数」は、受給者票に記載されている疾患が主病で入院している場合に、承認期間内の食事数を記入してください。(外来・調剤の場合は記入する必要はありません。)
- 5 適用区分欄には、オンライン資格確認等で確認した適用区分(ア～オ、I～VI)を記入してください。
- 6 同一医療機関で複数の診療科を受診の場合、月単位で合算した点数を記入してください。
- 7 **法別51の公費併用レセプト請求を行っている診療年月分について証明をされると、二重請求になりますのでご注意ください。**
- 8 **他の公費負担医療との併用はできません。**
- 9 記載内容に不明な点がある場合は、県庁から問い合わせをしますので、電話番号及び証明者名は必ず記載してください。

【医療費証明書記入例】

特定疾患医療費証明書

請求の理由 (どちらかに○)		① 承認期間中に保険のみで支払いをしたため。 2 自己負担限度額が変更されたため。								処方箋発行医療機関名		〇〇クリニック	
診療年月	診療科名	区分	レセプトの 総日数	左記のうち 承認期間内 の日数	レセプト 総保険点数	左記のうち 承認期間内 でかつ 対象疾患に係る保 険点数	通用区分 (オンライン 資格確認・ 限度額適用 証で確認)	総食事数	左記のうち 承認期間内 の食事数	承認期間内の 食事療養費 負担限度額	自己負担割合	多数 回該 当	行政記載欄
入院及び 食事療養費 記載例	〇〇	① 医科	① 入院								一般 (2割・3割)	0	
	年 4 月	1 歯科	2 外来	30	15	65,000	ア	90	45	11,700	高齢受給者 (1割・2割・3割)	1	無
		3 調剤		日	日	点	点	食	食	円	後期高齢 (1割・2割・3割)	1	無
外来記載例	〇〇	① 医科	1 入院								一般 (2割・3割)	0	
	年 4 月	1 歯科	② 外来	4	2	5,000	イ				高齢受給者 (1割・2割・3割)	1	無
		3 調剤		日	日	点	点	食	食	円	後期高齢 (1割・2割・3割)	1	無
調剤記載例	〇〇	① 医科	1 入院								一般 (2割・3割)	0	
	年 4 月	1 歯科	2 外来	2	1	6,000	ウ				高齢受給者 (1割・2割・3割)	1	無
		③ 調剤		日	日	点	点	食	食	円	後期高齢 (1割・2割・3割)	1	無
(70~74歳の方の場合)	〇〇	① 医科	1 入院								一般 (2割・3割)	0	
年 4 月	1 歯科	② 外来	3	3	7,000	IV					高齢受給者 (1割・2割・3割)	1	無
	3 調剤		日	日	点	点	食	食	円	後期高齢 (1割・2割・3割)	1	無	
(75歳以上の方の場合)	〇〇	① 医科	1 入院								一般 (2割・3割)	0	
年 4 月	1 歯科	② 外来	1	1	2,000	II					高齢受給者 (1割・2割・3割)	1	無
	3 調剤		日	日	点	点	食	食	円	後期高齢 (1割・2割・3割)	1	無	
年 月	0 医科	1 入院									一般 (2割・3割)	0	
	1 歯科	2 外来									高齢受給者 (1割・2割・3割)	1	無
	3 調剤										後期高齢 (1割・2割・3割)	1	無

上記のとおり証明します

〇〇年〇月×日 医療機関コード 2: 3: 1: 〇: 〇: 〇: 〇: 〇: 〇

〒460-8501

所在地 名古屋市中区三の丸三丁目1番2号

医療機関名 〇〇〇病院

代表者 職・氏名 院長 〇〇 〇〇

電話番号 (052) 954 - 6270 証明担当者名 △△ △△

<医療機関・調剤薬局の方へ>

- 特定疾患医療費証明書は、対象疾患と承認期間を確認の上、医療機関・調剤薬局の方が黒枠内を記入してください。
- 調剤費の証明の場合は、「処方箋発行医療機関名欄」を記入してください。
- 「承認期間内でかつ対象疾患に係る保険点数」は、受給者票に記載されている承認期間内における対象疾患に係る治療・調剤の保険点数を抽出してください。
- 「承認期間内の食事数」は、受給者票に記載されている疾患が主病で入院している場合に、承認期間内の食事数を記入してください。(外来・調剤の場合は記入する必要はありません。)
- 通用区分欄には、オンライン資格確認等で確認した通用区分(ア～オ、I～VI)を記入してください。
- 同一医療機関で複数の診療科を受診の場合、月単位で合算した点数を記入してください。
- 法第51の公費併用レセプト請求を行っている診療年月分について証明をされると、二重請求になりますのでご注意ください。
- 他の公費負担医療との併用はできません。
- 記載内容に不明な点がある場合は、県庁から問い合わせをしますので、電話番号及び証明者名は必ず記載してください。